

| | | |
|------|-----|----|
| 常務理事 | 事務長 | 担当 |
| | | |

健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書

| | | | | | | |
|--|------------------|----------------------------------|----------------|------------------|--------------|---|
| 被 保 険 者 が 記 入 す る 欄 | 被保険者氏名 及び生年月日 | 健保 太郎 昭・平〇〇年〇〇月〇〇日 | | 被保険者証の記号・ 番号 | 〇〇 〇〇〇〇〇〇 | |
| | 認定対象者の 氏名 | 健保 花子 | 認定対象者 の生年月日 | 昭・平・令 〇年〇月〇〇日 | 被保険者 との続柄 | 妻 |
| | 認定対象者の 住 所 | 〇〇県〇〇市△△町3-2-1 | | | | |
| | 疾 病 名 | 1. 血友病 2. 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 | | | | |

| | | | | | | |
|----------------------------|---------------------------|---|---|---|-------|--|
| 医 師 の 意 見 欄 | 上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。 | | | | | |
| | 令和 | 年 | 月 | 日 | 医師記入欄 | |
| | 医療機関の名称 | | | | | |
| | 所在地 | | | | | |
| | 医師名 | | | | | |

上記のとおり申請します。

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

被保険者 住所 〇〇県〇〇市△△町3-2-1
氏名 健保 太郎 ㊞

蝶理健康保険組合 御中